

インフルエンザ経鼻生ワクチン 「フルミスト」 予診票

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

※高校生以下の方は、保護者の方がご記入のうえ、母子手帳と一緒にご提出下さい。

フリガナ		男 女	生年月日	昭和	年	月	日
氏名				平成	年	月	日
保護者氏名				(満	歳	ヶ月)	
住所	電話 ()						

質問事項	回答欄	
1. 診察前の体温は何度でしたか	度 分	
2. 今日、身体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	はい	いいえ
3. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 (月 日頃)	はい	いいえ
4. 分娩時/出生時/乳幼児健診などで異常を指摘されたことがありますか 内容 ()	はい	いいえ
5. 心疾患/肺疾患/肝疾患/糖尿病/神経疾患などの慢性疾患を有していますか 内容 ()	はい	いいえ
6. アスピリンの内服をしていますか	はい	いいえ
7. 過去に喘息発作を起こしたことがありますか (時期:)	はい	いいえ
8. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	はい	いいえ
9. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類と症状 ()	はい	いいえ
10. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか 薬・食品名 ()	はい	いいえ
11. 免疫不全の方(がん治療中の方など)と接触する機会がありますか	はい	いいえ
12. 今までにけいれんを起こしたことがありますか	はい	いいえ
13. 今日の予防接種について質問がありますか ()	はい	いいえ
14. (女性の方)妊娠中または妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ
医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・見合わせる)	医師の署名

本人または保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などにつき理解した上で接種を希望します	本人または保護者の署名
-------------	--	-------------

ワクチン名	接種方法	接種量	実施場所・医師名	接種日
フルミスト	点鼻	0.2ml	茅ヶ崎市共恵2-5-52 堀越医院 院長 朝比奈 美子	令和 年 月 日